



A betegség válság idején

BÁNFAI Attila, CSÖRSZ Ilona



Ma már értjük, hogy a hisztéria miként volt a szexuális elnyomatásban, a vágyaikról lemondani kényszerülő nők betegséglázadása, melynek eredményeként szobrászként formálta testüket a lelki kín.

A biomedicina meghatározó ideológiája azt sugallja, hogy a betegségek a természet vak törvényei szerint működnek. Ezért, ha valaki jelentést tulajdonít nekik, értelemmel ruházza fel azokat, akkor ez a gesztus legfeljebb járulékos eleme lehet a betegség jelenségének. Milyen nevetséges lenne ma már, ha valaki ragaszkodna ahhoz, hogy a *fekete halál*, a pestis isteni büntetésként pusztított volna a XIV. században. De valójában fogalmunk sincs, hogy a büntetés várása, egy kulturális periódus mélyén húzódó rossz lelkiismeret, bűntudat mennyire járult hozzá a baktérium erejéhez. A bakteriális eredet tisztán biológiai jellege még ma sem hagy helyet morális, vallási, szélesebb értelemben véve társadalmi, kulturális, az egyén szintjén pedig pszichés aspektusok figyelembevételére. A baktérium meghatározó szerepe a kórban minden más lehetséges szempontot kizár a képletből, minthogy – úgy tűnik fel – megvan a magyarázat.

Minél távolabb kerülünk azonban azoktól a betegségektől, amelyek megtestesítik a biomedikális redukciót, annál bonyolultabbá válik az okok és jelentések képlete.

Egy 15 éves lány lázas lett és hányt. Az anya azt várta, hogy a lány hányására meglesz az egyértelmű diagnózis, például valamilyen fertőzés. A lány valami mást szeretett volna, mert úgy érezte, hogy az új iskola elszakította a családjától, így megváltozott a világa. Ráadásul a szülei néhány hónappal korábban váltak el, és az apja elhagyta az otthonukat. Egyébként pedig az apja leírásakor a lánynak az elsők között jutott eszébe apja refluxbetegsége. A lány számára a hányás tüneti enyhítése nem volt elegendő, szemben az

anyával, aki egy világos orvosi diagnózissal szerte volna elválasztani a családi eseményeket és a betegséget. Az anya orvosi „ítéletre” és gyógyszerre vágyott, a lány pedig hallatni akarta az anyjától különböző hangját, de nem tudta pontosan, mit akar mondani és hogyan fogalmazza ezt meg. Az anya a problémát bezárta volna a lány testébe, a lány azonban – már csak az apjával való tüneti hasonlóság miatt is – nem tudatosan bár, a tünet értelmét kereste (1). Nem arra várt választ, hogy mi az oka, hanem arra, hogy mi az értelme a hányásnak.

A nyugati medicina mindig is mélyen hordozott egy kettős feszültséget. Az egyik az *internalizáló* és az *externalizáló* diskurzus mentén jelenik meg. Az első a probléma testi okaira koncentrál és kiragadja a betegséget összefüggéseiből, a másik pedig a családi, társadalmi, politikai és a környezeti tényezők szerepét hangsúlyozza (2). A másik feszültség így fogalmazható meg: „Az *alanyi* [ágensi] (történetmondási) gondolkodási keret és a *patológias* (személytelen okozat folyamatok) gondolkodási keret összemérhetetlen, inkompatibilis és antagonistikus. Az elsőben az emberi történéseket és tetteket „azért, mert” [because], és nem „ez okból” [cause] kapcsolja össze és magyarázza meg. Az „azért, mert” a történet elemeit a jelentés [az értelem], és nem az ok és okozat kifejezéseivel kapcsolja össze. Az alanyi keretben a személy valami miatt érzi magát depressziósnak (elutasítás, veszteség, cselekvőképtelenség stb.), de a történet nagyon komplex és egyedi lehet. A patológias keretben a személy valamilyen személytelen oki folyamat működése következtében válik dep-

A szerzők: dr. BÁNFAI Attila filozófus, docens Debreceni Egyetem Magatartástudományi Intézet. E-mail: banfalvi.attila@sph.unideb.hu;

CSÖRSZ Ilona klinikai szakpszichológus, Debreceni Egyetem Magatartástudományi Intézet. E-mail: csorszili@gmail.com

resszióssá. Ha valaki azt állítja, hogy az egyén azért depressziós, mert hangulatzavarban szenved, akkor a történet irrelevánssá válik” (3).

A modern medicinában az internalizáló és patológiás diskurzus az uralkodó, az externalizáló és alanyi megközelítés, noha mindig is jelen volt, a másodhegedűs szerepére volt (van) kárhoztatva. Olykor azonban előlép a háttérből és megzavarja a testi patológiára koncentrált szakembereket. A hisztéria a XIX. század végén, a háborús neurózisok a XX. század elején, közepén, vagy kortársainkként az *anorexia nervosa*, vagy a depresszió (mély szomorúság), mind olyan testi tünetekben is manifesztálódó betegségek, amelyek nem tűrik a kontextusmentes megközelítést. Olyan nyilvánvalóan dörömböl át a diagnózis falán értelmük vagy értelemért kiáltásuk, hogy lerázzák magukról a pusztán szomatikus magyarázatokat.

Ma már értjük, hogy a hisztéria miként volt a szexuális elnyomatásban, a vágyaikról lemondani kényszerülő nők betegséglázadása, melynek eredményeként szobrászként formálta testüket a lelki kín. Tudjuk, hogy a háborúban időnként megnémultak a katonák, mert a szörnyű élmények nyomán bennük rekedt a szó. A poszttraumás stressz zavarát tágult *shell shock* azután magába tudta olvasztani mindazt a traumatikus élményt, amelynek értelmét nem tudta kimondani a szenvedő. Az *anorexia nervosa* pedig talán éppen a hisztéria utódaként a mai nőiség lázadása a manapság a nőkre oktrojált identitás ellen. A test végtelenségig menő gyöttrésével a kontroll a rend illúzióját nyújtja az „önkéntes” éhezőknek. A depresszió pedig, a talán „legnépszerűbb” kortárs betegség magát a céltalanságot, értelemnélküliséget, reménytelenséget fordítja betegségbe, hogy ha másban nem, legalább az orvosi segítségben mint *ultima ratióban* találja meg a remény maradékát.

A jelentéseknek egyik fontos sajátosságuk, hogy egyszerre épülnek kulturális-társadalmi narratívákból, ám végül mindig egyediek, a páciens saját életéből fakadnak. Így egyszerre adnak lehetőséget a diagnózisban megnyilvánuló általánosság megragadására, ugyanakkor nem tűrik az ezen a szinten való megrekedést: csak a páciens egyszerűségében nyerik el végső alakjukat.

Olykor az okokkal szemben a jelentések válhatnak meghatározó etiológiai tényezővé. Különösen akkor, ha a betegnek nem marad más eszköze, csak a teste, a már féken nem tartható üzenetek kifejezésére, hordozására.

Napjaink válsága olyan egzisztenciális szenvedéstömeget zúdít az emberekre, hogy ezek hagyományos kihordási módjai aligha elégségesek elviselésükre. Könnyen lehetséges, hogy új kór-

oknak, vagy ismert betegségeknek, tüneteknek kell újrakonstruálódniuk ahhoz, hogy a válság szenvedései kommunikálhatóakká váljanak. A páciens pedig gyógyíthatatlannak vélt élete helyett beteg testét mutatja fel önmaga és orvosa számára, hátha annak „rendbe szedése” elhozza a rendet az ő életébe is.

Az elmúlt időszak gazdaságpolitikai és társadalompolitikai krízise a magyar lakosság egészségi állapotára jelentős negatív hatással bír(t). Hasonló folyamatok zajlottak le a rendszerváltozás idején is, azzal a különbséggel, hogy akkor nem volt ilyen fokú reménytelenség és bizonytalanságérzés az emberekben.

A reménytelenség, a bizonytalanság, a krónikus stresszhelyzetek, a munkanélküliség, az állásvesztési félelem azok az úgynevezett *nem hagyományos rizikófaktorok*, amelyek egyfelől a hagyományos kockázati tényezők – dohányzás, kóros alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód – hátterében játszanak fontos szerepet, másrészt önmagukban is egészségkárosító hatásúak lehetnek (4). Az orvossá válás beavatásában részt vevő medikusok számára a belgyógyászati kórlap egyik mellőzött, átugorható része volt az úgynevezett szociális viszonyok, külső körülmények rész, ahol a beteg beszámolt a munkahelyéről, munkakörülményeiről és annak esetleges változásáról. A jelen társadalmi helyzet arra „kényszeríti” a szakembert, hogy figyelme fókuszába emelje ezt a kérdéskört is. Ennek figyelmen kívül hagyása lehetetlenné teheti a hatékony és sikeres kezelést.

És ahogy a rendszerváltás idején az orvos medikalizálni kényszerült a szociális és életvezetési problémákat, valószínűleg ez ma sem lesz másképp. A gyógyszeres kezelésben biztonságot szerző és biztonságosan mozgó orvos tehetetlenül és eszköztelenül áll egy ilyen jellegű gyógyító-beteg kapcsolatban. Az orvosi szerepkészlet jól bevált, szakmai tartást adó elemei nem fognak működni, olyan pszichológiai és pszichoterápiás módszerek, készségek válnak „létszükséggé” a mindennapi praxisban, amelyek hiányában elképzelhetetlen a kölcsönös elégedettségű orvosi-beteg kapcsolat. Az elkeseredett, csalódott betegek a „civil” részt szólítják meg az orvosban, aki kénytelen lesz jó értelemben vett szerepéből kibújni, a mögül „kiszólva” valamilyen módon reagálni ezekre a problémákra.

Egyre gyakoribbá válnak a pszichiátriai problémák (depressziós, szorongásos állapotok), az úgynevezett szomatizációs vagy funkcionális stresszbetegségek, amelyek megfelelő ellátására az egészségügy nem készült fel. A szakirodalomban orvosi „árvákként” emlegetett szomatizáló

Napjaink válsága olyan egzisztenciális szenvedéstömeget zúdít az emberekre, hogy ezek hagyományos kihordási módjai aligha elégségesek elviselésükre.

betegek még keresik a helyüket az egészségügy jelenlegi rendszerében (5).

Az orvosilag (biomedikális értelemben vett) nem megmagyarázható testi tünetek megjelenését és az ezekkel való túlzott foglalatosskódást szomatizációnak nevezi a szakirodalom. A szomatizáló emberek személyes és szociális problémáikból fakadó feszültségeiket és aggodalmaikat fejezik ki testi tünetekben. Egyes hazai és nemzetközi felmérések szerint a járóbeteg-szakrendeléseken megjelenők közel felénél megmagyarázhatatlan testi tünetek okozzák a problémát, ami gyakran depresszív és szorongásos zavarokkal társul. (Egyes háziorvosi beszámolók akár 80%-ra is teszik az ilyen jellegű problémák előfordulását a napi praxisban.) Idesorolhatók

– a teljesség igénye nélkül – a különféle gyomor-bél rendszeri problémák (például hasi fájdalom, puffadás, emésztési zavarok, hányinger, irritábilis bél szindróma), mozgásszervi problémák (például izomfeszülés, gerincpanaszok, hát- és derékfájás), szív- és érrendszeri problémák (mellkasi fájdalom, magas vérnyomás), a reprodukciós rendszer zavarai (menstruációs problémák, szexuális zavarok), illetve felső légúti problémák.

Ha az ember világa szétesik, akkor valószínűleg önmagában is törések, pusztulások kell, hogy megjelenjenek. A kérdés tehát az, hogy a „beteg” világ milyen szó szerinti betegségeket kelt az ebben a világban élni kénytelenekben. Vajon vannak-e a gazdasági válságra jellemző betegségek vagy „csupán” a szokásos gyötrelmek fokozódnak...

Irodalom

1. Leader D, Corfield D. Why people get sick. New York: Pegasus Book; 2008. p. 13-4.
2. Lock M, Nguyen V-K. An Anthropology of Biomedicine. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. p. 43.
3. Jacobs DH, Cohen D. Does "Psychological dysfunction" mean anything? A critical essay on pathology versus agency. *Journal of Humanistic Psychology* 2010;50(3): 312-34.
4. Kopp M, Réthelyi J, Stauder A, Csoboth Cs, Purebl Gy. Nem hagyományos kockázati és protektív tényezők szerepe a primér prevencióban. *Magyar Onkológia* 2003;47: 214.
5. Csabai M. Tünetvándorlás. Budapest: József Műhely Kiadó; 2007. p. 154.

illusztráció:
Fodor Tímea

